



STAJ KABUL FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :

Öğrenci No :

T.C. Kimlik No :

Telefon (Cep/Ev) :

Bölüm / Program :

Stajın Başlama Tarihi :

Stajın Bitiş Tarihi :

Stajın Süresi (Haftada kaç gün) :

Genel Sağlık Sigortası Beyan ve Taahhütü

- Ailemden, annem / babam / kendim üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum**. Bu nedenle staj sürem boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul etmiyorum.
- Ailemden, annem / babam üzerinden genel sağlık sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum**. Bu nedenle staj sürem boyunca genel sağlık sigortası kapsamında olmayı kabul ediyorum.

Öğrencinin Adı Soyadı :
İmzası:

FAKÜLTE:

5510 sayılı Kanununun 5. maddesinin (b) bendi gereğince stajını yapacak öğrencilerimizin "İş Kazası Meslek Hastalığı" primi öğrencimiz zorunlu staj süresince Üniversitemiz tarafından ödenecektir. Yukarıda bilgileri verilen öğrencimizin belirtilen sürelerde stajını kurumunuzda yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini bilgilerinize sunarım.

Onaylayan Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Enstitü/Fakülte/Yüksekokul/MYO

İŞYERİNİN

Kurum/İşletme Adı :

Staj Sorumlusu Adı Soyadı : /
Email :

Kurum/İşletme Adresi :

Tel/Faks Numarası : /

Kurumsal e-posta Adresi :

Faaliyet Alanı (Sektör) :

Staj Yapılan Departman :

Yukarıda Adı soyadı ve T.C. Kimlik Numarası yazılı öğrencinin yukarıda belirtilen tarihlerde iş yerimizde **Stajyer** olarak çalışması uygun görülmüştür.

Onay
İşletme
Kaşe İmza